

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Lucien LAFLOTTE

INTERNE DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH

né le 20 juin 1903 à Passavant-en-Argonne (Marne)

ALGIES BRACHIALES
de la
MENOPAUSE

Président : M. le Professeur GUILLAIN

IMPRIMERIE « LABOR »
8, BOULEVARD DE VAUGIRARD, PARIS-XV^e

— 1931 —

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR
Lucien LAFLOTTE
INTERNE DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH

né le 20 juin 1903 à Passavant-en-Argonne (Marne)

ALGIES BRACHIALES
de la
MENOPAUSE

Président : M. le Professeur GUILLAIN

IMPRIMERIE « LABOR »
8, BOULEVARD DE VAUGIRARD, PARIS-XV°

— 1931 —

I. — PROFESSEURS

LE DOYEN : M. BALTHAZARD

Anatomie	MM. ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GREGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BESANÇON.
	ACHARD.
	M. LABBE.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	TEISSIER.
Clinique des maladies du système nerveux	DELbet.
Clinique des maladies infectieuses	CUNEO.
Clinique chirurgicale	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

Neurologie et Psychiatrie	MM. ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie médicale	Henri BENARD.
Physiologie	N.
Chimie biologique	SANNIE.
Pathologie chirurgicale	BROcq.
Pathologie médicale	BRULE.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale	de GAUDART d'AL-
	LAINES.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Obstétrique	ECALLE.
Urologie	FEY.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Histologie	GIROUD.



Pathologie médicale.....	HARVIER.
Anatomie.....	HOVELACQUE.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Hygiène.....	JOANNON.
Chimie biologique.....	Henri LABBE.
Pathologie médicale.....	Guy LAROCHE.
Oto-rhino-laryngologie.....	LEMAITRE.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Neuro-psychiatrie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Pharmacologie.....	HAZARD.
Histologie.....	MILLOT.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie.....	MULON.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Anatomie.....	OLIVIER.
Médecine légale.....	PIEDELIEVRE.
Obstétrique.....	PORTES.
Pathologie chirurgicale.....	QUENU.
Physiologie.....	RICHET.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SEZARY.
	VALLERY-RADOT
Pathologie médicale.....	(Pasteur).
Obstétrique.....	VAUDESCAL.
Ophtalmologie.....	VELTER.
Histologie.....	VERNE.
Obstétrique.....	VIGNES.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

	MM.
Pharmacologie.....	BUSQUET.
Obstétrique.....	GUENIOT.
Obstétrique.....	LEQUEUX.
Parasitologie.....	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie.....	RETTERRER.
Physique.....	ZIMMERN.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE, A TITRE PERMANENT

MM.			
ABRAMI	} Clinique médicale	AUVRAY	} Clinique chirurgicale
CHIRAY		BASSET	
DEBRE		CHEVASSU	
DUVOIR		HEITZ-BOYER	
FISSINGER		MATHIEU	
LAIGNEL-LAVASTINE		MOCQUOT	
LERI			
LÉVY-SOLAL	} Clinique obstétricale	PROUST	
METZGER		SCHWARTZ	
		LE LORIER	

V. — CHARGES DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes....	MAUCLAIRE, Pro- fesseur sans chaire.
Stomatologie.....	FREY.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture.....	WEILL HALLE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Tombé au Champ d'honneur à Verdun

A MON GRAND-PERE

et

A MA MERE

tendrement aimés

A M. le Professeur GUILLAIN

Professeur de clinique des maladies du système nerveux

*Qui a bien voulu nous faire le grand
honneur de présider cette thèse, en hom-
mage de ma profonde gratitude.*

A mon Maître : *Le Docteur* ANDRÉ THOMAS
Médecin de l'Hôpital Saint-Joseph

Qui a bien voulu me procurer les éléments de cette thèse, en témoignage de ma reconnaissance et de mon admiration.

A M. le Docteur COUTELA
Ophtalmologiste de l'Hôpital Beaujon

*Qu'il veuille bien trouver ici le faible
témoignage de ma reconnaissance pour
tout ce qu'il m'a appris et pour l'affec-
tion qu'il m'a toujours témoignée.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

- M. le Professeur DELBET.
- M. le Professeur agrégé MOCQUOT.
- M. le Professeur SERGENT.
- M. le Docteur LAUBRY.

Externat :

- M. le Docteur HALLOPEAU.
- M. le Docteur BROUARDEL.
- M. le Professeur agrégé LIAN.
- M. le Docteur LOUSTE.
- M. le Docteur LE NOIR.

Internat :

- M. le Docteur COUTELA.

A MES MAITRE DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH

Internat :

- M. le Docteur RENDU.
- M. le Docteur MESLAY.
- M. le Docteur ANDRÉ THOMAS.

A M. le Docteur VILLANDRE.

A MES AUTRES MAITRES

MM. les Docteurs LEIBOVICI, BIDERMANN, COCHEZ,
SCHAEFFER.

A TOUS MES AMIS

INTRODUCTION

L'étude des algies brachiales de la ménopause nous a été inspirée par notre maître, le docteur André Thomàs, qui nous a fourni les éléments de ce travail.

Tout d'abord, par ménopause, nous adoptons la conception qui, au lieu de la limiter au phénomène apparent de la suppression du cycle menstruel, l'étage avec la déchéance ovarienne, sur une large période d'années. Comme on l'a dit, c'est une phase de transition entre l'âge adulte et la vieillesse caractérisée par la régression totale des fonctions endocrines; non seulement l'ovaire, mais encore les autres glandes à sécrétion interne sont en cause, et les troubles qui caractérisent la ménopause ne sont que la manifestation clinique d'un défaut d'harmonie dans ces régressions.

Les troubles qui apparaissent lors de la ménopause sont multiples : outre les perturbations des règles, citons : les bouffées de chaleur, les modifications de la tension artérielle, les crises de transpiration, l'instabilité thermique, les troubles de la trophicité (striation, friabilité des ongles, sécheresse de la peau, adiposité, mélanodermie), les troubles de la circulation veineuse (varices), la fragilité angio-vasculaire (ec-

chymoses au moindre choc, etc. Les troubles nerveux, tels que vertiges, insomnie, diminution de la mémoire, et, dans certains cas, troubles psychiques, peuvent être rencontrés.

Tous ces troubles n'ont pas à être étudiés ici. Mais leur constatation est importante, car elle aide à reconnaître la nature des algies brachiales que nous allons étudier.

ETUDE CLINIQUE

Les algies brachiales de la ménopause réalisent un syndrome localisé qui paraît relever d'une susceptibilité régionale très particulière.

Si leur fréquence n'est peut-être pas très grande, elles sont cependant très intéressantes par les problèmes diagnostiques, pathogéniques et thérapeutiques qu'elles soulèvent.

Les observations suivantes de malades qu'il nous a été donné d'observer à la consultation du docteur André Thomas vont nous permettre d'objectiver le syndrome de ces algies brachiales de la ménopause.

Observation I

Mme H..., âgée de 50 ans, vient, le 24 avril 1931, à la consultation du docteur Thomas pour sensations douloureuses dans les membres supérieurs et dans la nuque.

Dans ses antécédents, on relève une colique hépatique, il y a dix ans, suivie pendant très longtemps de troubles digestifs frustes. En 1924, elle a été alitée six semaines pour pyélonéphrite.

En 1929, quelques troubles gastro-intestinaux (douleurs abdominales, vomissements, diarrhée) ont fait craindre à son médecin des troubles urémiques, mais les examens de laboratoires ont infirmé ce diagnostic.

Elle a eu trois enfants : une petite fille née avant terme, à 7 mois, qui n'a vécu que quelques jours, et deux fils actuellement âgés de 19 et 24 ans. Pas de fausse-couche. Réglée à 13 ans, elle avait des menstrues régulières, durant cinq jours, pas très abondantes. Il y a dix ans, au cours d'une période menstruelle, elle a eu un gros ennui occasionné par la maladie d'un de ses enfants. Arrêt brusque des règles qui n'ont plus reparu. Depuis trois ans, changement de caractère, émotivité, bouffées de chaleur, palpitations, vertiges, douleurs épigastiques d'intensité modérée, à localisations et à horaire imprécis ; quelques nausées parfois le matin au réveil.

Les douleurs de nuque sont apparues en 1924 : il s'agit plutôt d'une sensation de pesanteur dans toute la nuque, avec parfois irradiations à la partie supérieure du dos, qui apparaît très régulièrement tous les mois au moment où devraient se produire les règles ; elle persiste huit à dix jours pour s'atténuer progressivement.

Les algies brachiales bilatérales sont apparues il y a un mois. Une nuit la malade ressent une pesanteur des mains qui s'étend aux avant-bras et aux bras. Cette sensation désagréable qui prédomine aux mains notamment sur la face dorsale et sur les deux doigts internes est beaucoup plus marquée à droite ; sur les bras, elle est surtout vive sur la face antéro-interne.

Il n'y a pas d'irradiations thoraciques. Les doigts sont le siège d'un engourdissement intense; la malade ne peut les remuer et est obligée de les frictionner pour leur redonner leur vitalité.

Les douleurs dans les bras sont un peu diminuées par leur flexion et le rapprochement des coudes au corps.

Ces algies ne sont nullement exagérées par la toux, l'éternuement, les mouvements, la pression. Il n'y a ni sueurs, ni tremblement, ni gonflement concomitants des mains.

Après avoir persisté plusieurs jours, avec paroxysmes nocturnes nets entraînant une insomnie pénible, les douleurs ont disparu progressivement et spontanément. Mais hier elles ont réapparu dans les deux bras comme précédemment; peut-être même sont-elles plus vives; c'est ce qui décide la malade à nous consulter.

L'examen du système nerveux ne révèle aucune anomalie.

Aux membres supérieurs, il n'existe aucune douleur provoquée à la pression du plexus brachial, des téguments, des muscles, des os. Les articulations sont parfaitement mobiles et indolentes; il n'existe aucun craquement articulaire. Pas de trouble de la sensibilité à la piquûre, au chaud, au froid. A la pression peut-être le nerf cubital a-t-il une sensibilité un peu vive dans la gouttière épitrochléo-olécranienne.

Il n'y a aucune atrophie musculaire, aucun trouble du tonus. Les téguments sont normalement colorés.

Les réflexes tendineux, le réflexe pilo-moteur sont absolument normaux.

Rien de spécial aux membres inférieurs. Les pupilles sont régulières, égales, et réagissent bien à la lumière.

Les autres appareils paraissent normaux.

Urée dans le sang : 0 gr. 30.

Pouls : 70.

Cœur : normal.

Tension artérielle : au bras droit 11 1/2-7 1/2 avec un indice de 3 1/2; au bras gauche 11 1/2-7 1/2, indice de 3.

Une radiographie de la colonne cervicale montre que les apophyses transverses de C7 sont très développées.

L'opothérapie ovarienne est insituée. La malade, revue le 29 avril, souffre toujours autant; on adjoint des séances bi-hebdomadaire de diathermie de dix minutes chacune. Le 22 mai, la malade, qui a eu six séances de diathermie, n'accuse plus aucune douleur.

Observation II

Mme L..., 38 ans, ménagère, vient consulter le 10 mars, sur le conseil de son médecin, pour « douleurs dans le plexus brachial droit » rebelles aux analgésiques habituels. Les examens du sang et des urines ont été négatifs.

Dans ses antécédents, on note : rougeole, scarlatine dans l'enfance; fièvre typhoïde à 15 ans; quel-

ques douleurs diffuses dans le bras droit, il y a cinq ans, peu intenses, ayant duré trois mois environ et bien calmées par l'aspirine.

Grossesse à terme il y a vingt ans. Pas de fausse-couche. Réglée à 13 ans : menstrues irrégulières survenant environ tous les deux mois.

A 15 ans, après la typhoïde, les règles deviennent normales comme date, comme abondance, comme durée. Mais depuis son mariage elle présente des règles insuffisantes et prend depuis longtemps des préparations ovariennes.

Depuis deux ans et demi à trois ans, elle a des bouffées de chaleur, surtout la nuit et à la fin des périodes menstruelles, des sueurs nocturnes, un sommeil lourd un peu avant les règles; depuis six mois elle accusait, de plus, une céphalée à type d'élancements douloureux surtout à droite, apparaissant deux à trois fois par semaine, bien calmée par des comprimés d'aspirine et qui a disparu lorsque sont survenues les algies du bras droit qui amènent la malade à consulter.

Les algies brachiales droites sont apparues il y a six semaines. Assez brusquement, vers 5 heures du matin, surviennent des douleurs très vives dans le bras droit qui réveillent la malade.

Plutôt superficielles, à type d'élancements, elles débutent au coude et à l'omoplate pour s'étendre à tout le bras jusqu'aux doigts. Elles sont particulièrement pénibles à l'épaule, sur la face dorsale des trois doigts médians.

Ces algies ont été très marquées pendant une quin-

zaine de jours, avec paroxysmes dans les premières heures de la nuit.

Elles n'étaient calmées ni par les frictions au salicylate de méthyle, ni par les analgésiques, ni par la chute du bras le long du corps. Seules les soulageaient la flexion du bras appuyé contre le corps, la position assise. Elles n'étaient pas modifiées par les mouvements du bras, mais elles étaient exagérées par l'extension de la tête, le décubitus latéral gauche, l'exposition du bras à l'air.

En même temps que les algies, la malade ressentait une impression très désagréable de glace sur la face dorsale de la main droite qui ne présentait aucun gonflement, aucune modification de la coloration. Cette sensation de glace disparaissait par l'exposition de la main à la chaleur ou par son enveloppement dans un linge.

A l'examen, le visage est un peu cyanosé, le corps thyroïde est normal. La jambe droite est le siège d'un trophœdème très accentué qui a débuté à l'âge de 17 ans et a augmenté progressivement, sauf dans les dix dernières années pendant lesquelles son développement a été particulièrement rapide. Au moment des périodes menstruelles, il existe d'ailleurs des variations : deux à trois jours avant les règles, la jambe paraît plus œdématisée ; pendant les règles, elle reste stationnaire pour diminuer après elles.

Ce trophœdème ne paraît modifié ni par la marche, ni par la fatigue.

La jambe gauche présente un trophœdème beaucoup moins notable. La malade accuse une impression permanente de froid aux pieds. La peau des membres inférieurs est lisse, de coloration normale. Il n'existe qu'un très faible godet à une forte pression du dos du pied. Le pannicule adipeux est plus développé sur la jambe droite; il est absolument indolent. Ce trophœdème a été traité sans résultats, il y a plusieurs années, par des massages.

L'examen neurologique des membres inférieurs, des pupilles ne révèle aucune anomalie. Il en est de même pour les membres supérieurs; aucune douleur à la pression des téguments, des masses musculaires, des os, ni aux mouvements articulaires; aucun trouble de la sensibilité à la piqure, du tonus musculaire, des réflexes. Aucune atrophie musculaire.

Le réflexe pilo-moteur est un peu plus vif à gauche pour les bras; la sueur est la même aux mains, un peu plus marquée à l'aisselle droite.

Par ailleurs, les autres appareils paraissent normaux :

La tension artérielle au Pachon est de 12 1/2-8 1/2.

A la radiographie de la colonne cervicale, les apophyses transverses de C7 paraissent normales.

Un traitement diathermique, commencé dès le milieu de mars, amène une grosse amélioration des phénomènes douloureux du bras droit; le 20 avril, la malade a eu 11 séances de diathermie qui ont supprimé complètement les algies brachiales droites.

Observation III

Mme P..., 50 ans, femme de ménage, vient consulter le 20 janvier 1931 pour sensations douloureuses dans les deux bras, plus marquées à droite, accompagnées d'insomnies, de douleurs dans la nuque, de bouffées de chaleur.

Dans ses antécédents, on relève une pleurite droite, en 1915, qui aurait duré deux mois sans empêcher la malade de vaquer à ses occupations. En mai 1924, elle vient à l'hôpital Saint-Joseph pour sciatique droite : on constate une abolition du réflexe achilléen droit, un signe de Lasègue peu marqué, de l'hypotonie musculaire.

En juillet 1924, il existe une amélioration notable des phénomènes douloureux; le signe de Lasègue a disparu, seul le réflexe achilléen droit est faible.

En 1926, sinusite frontale.

En 1929, quelques douleurs articulaires diffuses, surtout vertébrales, pendant trois semaines. L'opothérapie thyro-ovarienne a paru calmer ces douleurs.

Elle n'a eu ni enfant, ni fausse couche.

Réglée à 16 ans : menstrues régulières, assez abondantes, durant sept à huit jours.

Depuis deux ans, les règles se sont modifiées : elles sont plus abondantes et durent plus longtemps (huit à neuf jours). Il existe des bouffées de chaleur fréquentes, des rougeurs subites du visage, des nausées, des pesanteurs épigastriques, des transpirations abondantes diurnes et surtout nocturnes, de l'insomnie, des troubles du caractère avec tendance à la tris-

tesse, des douleurs de nuque surtout depuis huit mois, exagérées par les mouvements de la tête.

Les algies brachiales sont apparues il y a dix-huit mois environ. Il s'agit de sensations très pénibles, à type d'engourdissement, dans les deux bras, mais surtout marquées à droite. Elles apparaissent la nuit où elles sont parfois intolérables, et s'atténuent le plus souvent dans la journée. Elles débutent par des fourmillements dans les mains pour se changer assez vite en engourdissement très marqué, plutôt profond, dit la malade, qui prédomine aux mains, à leur face dorsale et particulièrement aux deux doigts externes de la main droite. Elles s'étendent à droite dans tout le bras, remontant jusqu'à l'épaule et parfois même irradiant jusqu'à la pointe de l'omoplate; elles sont marquées surtout à la face antérieure du bras et de l'avant-bras.

Elles siègent à gauche sur la main et l'avant-bras, mais ne dépassent pas le coude.

Ces algies brachiales se reproduisent presque toutes les nuits, entraînant une insomnie pénible.

Elles ne sont pas modifiées par les frictions, les mouvements, la pression, la toux, l'éternuement.

Elles sont assez bien calmées par la chute des bras en dehors du lit.

Elles s'accompagnent de gonflement des deux mains, surtout à droite; c'est un gonflement réel, avec doigts boudinés, qui empêche la malade de retirer ses bagues, et qui disparaît assez vite le matin au réveil.

Depuis cinq à six mois, ce gonflement est moins

marqué lors des crises douloureuses qui elles-mêmes diminuent d'intensité.

A l'examen, le visage est un peu cyanosé; il existe une plaque peladique sur la région pariétale gauche; les mains sont froides, un peu violacées.

L'examen du système nerveux ne révèle aucune anomalie des membres supérieurs : les réflexes tendineux, la force musculaire, le tonus sont normaux.

Il n'y a aucune douleur à la pression des téguments, des masses musculaires, des os, des nerfs, du plexus brachial. Les mouvements articulaires sont indolents et ne s'accompagnent d'aucun craquement. Il n'y a aucun trouble de la sensibilité.

Aux membres inférieurs, les réflexes rotuliens sont un peu vifs, les achilléens faibles; le cutané plantaire se fait en flexion des deux côtés. Les pupilles sont normales : régulières, égales, elles réagissent bien à la lumière.

Les autres appareils paraissent normaux;

Tension artérielle au Pachon :

12 1/2-8 1/2 IO = 2 au poignet droit.

13-8 1/2 IO = 2 au poignet gauche.

Cœur normal ; pouls : 72, Wassermann dans le sang négatif, urée sanguine 0 gr. 32.

La radiographie de la colonne cervicale a montré des apophyses transverses de C7 très développées des deux côtés.

Un traitement opothérapique et diathermique est institué contre les algies brachiales, en même temps qu'un traitement par rayons pour la plaque peladique.

La malade, revue le 24 avril, ne souffre plus. Par ailleurs, la plaque peladique pariétale gauche a cessé de s'étendre.

Observation IV

Mme W..., 56 ans, polisseuse, qui est venue consulter pour la première fois, le 12 mars 1927, pour céphalée et surtout pour fourmillements, engourdissement de la main droite avec paroxysmes nocturnes depuis un mois, est revue par nous, le 6 mai 1931.

Dans ses antécédents, on note une fièvre typhoïde à l'âge de 28 ans.

Une grossesse à terme à l'âge de 34 ans; accouchement par forceps. Elle ressent, par la suite, des douleurs dans le membre inférieur droit au moment des règles. On aurait conclu à une atteinte du nerf sciatique droit. Retour de couches six semaines après l'accouchement.

Pas de fausse couche.

Réglée à quinze ans : menstrues régulières, abondantes, durant une huitaine de jours.

En décembre 1928, suppression brusque des règles. Depuis, la malade présente des bouffées de chaleur, des palpitations, des vertiges, des transpirations nocturnes abondantes, des troubles du caractère à tendance dépressive, des douleurs épigastriques sans horaire précis, des céphalées fréquentes le matin au réveil, de l'insomnie, de la pollakiurie nocturne, une asthénie généralisée.

Il semble que les bouffées de chaleur soient apparues quelques mois avant l'arrêt des règles.

En 1926, surviennent quelques douleurs dans la nuque, se reproduisant fréquemment, mais qui sont assez bien calmées par les analgésiques habituels.

En février 1927, apparaissent des douleurs dans la main droite qui ont persisté jusqu'à ce jour. Il s'agit d'algies violentes survenant vers le milieu de la nuit et réveillant la malade. Toute la main droite est le siège de fourmillements, puis d'engourdissement avec parfois en plus une impression de chaleur marquée. Ces sensations disparaissent peu à peu sous l'influence de frictions, de massages, de mouvements, de l'exposition de la main à la chaleur. La flexion du bras appuyé contre le corps les atténue. Le décubitus, la fatigue, la chute du bras hors du lit les exagèrent.

Depuis novembre 1930, les algies de la main droite se sont étendues d'abord jusqu'au coude puis dans tout le membre supérieur droit avec, parfois, des irradiations vers la pointe de l'omoplate du même côté.

Il s'agit d'une sensation d'engourdissement extrêmement pénible, à paroxysmes nocturnes, qui est nettement plus marquée au moment où devraient se produire les règles.

Depuis février 1931, les algies sont apparues du côté gauche : d'abord à la main, puis dans tout le bras gauche, avec les mêmes caractères de fourmillements d'abord, puis d'engourdissement. Il existe d'intéressants phénomènes concomitants des crises douloureuses : lors des paroxysmes, les mains changent de coloration, deviennent très rouges, cependant que les

doigts paraissent paralysés. Sous l'influence du massage, les mouvements digitaux reviennent peu à peu, mais la motilité du médius droit retarde d'une demi-heure sur celle des autres doigts. De plus, depuis un an, la malade a une impression de gonflement des doigts et des mains, plus marqué à droite; c'est un gonflement réel qui l'oblige à enlever ses bagues et qui diminue peu à peu le matin.

L'examen neurologique ne révèle rien de particulier.

Aux membres supérieurs : Aucune douleur du plexus brachial. Pas de douleur à la pression des téguments, des muscles, des os. Bonne excitation du nerf cubital. Aucune atrophie musculaire. Réflexes tendineux normaux. Aucune lésion des articulations qui sont mobiles, indolentes, ne donnant lieu à aucun craquement.

Il n'y a aucun trouble de la sensibilité.

Aux membres inférieurs : Réflexes patellaire et achilléen peut-être un peu moins vifs qu'à droite; cutané plantaire en flexion des deux côtés.

Les pupilles sont absolument normales. Par ailleurs, les autres appareils sont normaux. La tension artérielle aux deux bras est de 15-8 au Pachon.

La radiographie de la colonne cervicale montre des apophyses transverses de C7 un peu développées mais non plongeantes.

Depuis 1927, opothérapie thyro-ovarienne, frictions au baume tranquille, mais qui ont eu peu d'action sur les douleurs.

Depuis le 6 mai 1931, séances de diathermie qui la soulagent beaucoup.

Observation V

Mme M..., 43 ans, vient consulter, le 14 avril 1931, pour douleurs dans le bras droit.

Dans ses antécédents, rien de bien notable. Mais depuis quelques mois, les règles, jusque-là normales, sont moins abondantes, moins régulières, avec des retards fréquents.

Les algies brachiales sont apparues il y a dix jours.

Dans la nuit, surviennent des douleurs dans tout le bras droit, marquées surtout à la main, dans les deux doigts externes, le long de la partie externe de l'avant-bras et du bras, avec irradiations dans l'épaule, le cou, la nuque, du même côté. Il s'agit de douleurs très vives à type de fourmillements, parfois de tiraillements, particulièrement marqués la nuit, mais persistant dans la journée. Ces algies sont assez bien calmées par la flexion du bras et son rapprochement du thorax.

Il existe, de plus, un gonflement des deux mains, plus marqué à droite, et qui existe surtout le matin.

A l'examen des membres supérieurs, on constate que les réflexes tendineux sont normaux des deux côtés; il n'y a aucune atrophie musculaire, aucun trouble du tonus, de la sensibilité à la piqure. Aucune douleur à la pression des téguments, des masses mus-

culaires, des os, ni aux mouvements articulaires.

Il n'y a rien de spécial par ailleurs.

La radiographie de la colonne cervicale montre des apophyses transverses sensiblement normales.

Un traitement opothérapique institué a amené une sédation considérable des algies.

Observation VI

Mme D..., 45 ans, vient, pour la première fois, à la consultation du docteur Thomas, le 23 décembre 1930, pour douleurs dans le bras gauche.

Dans ses antécédents, on ne relève rien de particulier, sauf un point pleurétique gauche.

Elle a toujours été bien réglée jusqu'à 43 ans. Depuis, les règles ont diminué d'abondance, ne durent plus que 24 heures. Par ailleurs, elle accuse des bouffées de chaleur, des sueurs fréquentes.

Les douleurs sont apparues dans le membre supérieur gauche il y a quelques semaines. Elles prennent tout le bras, s'étendent jusqu'à l'épaule. C'est une sensation de fourmillements, d'engourdissement, très marqués surtout la nuit.

Un traitement opothérapique est institué.

Mais la malade revient consulter, le 10 avril 1931, incomplètement soulagée.

Les douleurs sont encore assez vives. Elles siègent soit à la face externe de l'avant-bras et du bras, soit à la face interne des doigts et du bras. Elles irradient

au bord supérieur de l'omoplate et même à la paroi latérale thoracique.

L'examen des membres supérieurs gauches montre des réflexes normaux, sauf le stylo-radial qui est peut-être un peu vif.

Aucune atrophie musculaire.

L'articulation scapulo-humérale gauche est légèrement douloureuse à la mobilisation, sans aucun craquement.

Douleur à la pression au niveau de la pointe de l'omoplate (là où était apparu le point pleurétique, mais la respiration s'entend très bien à cet endroit).

Par ailleurs, il n'existe aucun trouble neurologique. Les membres inférieurs sont normaux; pas d'inégalité pupillaire, pas de nystagmus; aucun trouble des sphincters.

Les autres appareils sont normaux.

La radiographie de la colonne cervicale montre des apophyses transverses de C7 très développées.

Observation VII

Mme M... Eugénie, 46 ans, vient consulter pour douleurs dans le membre supérieur droit.

Dans ses antécédents, on ne relève qu'une intervention pour déviation de la cloison du nez.

Les règles sont supprimées depuis dix ans. Depuis elle accuse une asthénie générale marquée, de l'insomnie, tenace, des bouffées de chaleur.

Les algies du membre supérieur droit sont appa-

rués il y a quelques semaines, à prédominance nocturne, douleurs vives, à type d'engourdissement.

Celui-ci est particulièrement marqué depuis huit jours. C'est ce qui décide la malade à consulter.

De plus, elle ressent dans le bras droit des sensations de chaud et de froid.

L'examen neurologique est absolument négatif.

La radiographie de la colonne cervicale n'a pu être faite.

La malade, revue quelque temps après, avait constaté une sédation à peu près absolue de ses douleurs à la suite de l'opothérapie instituée.

Telles sont, brièvement résumées, quelques-unes des observations d'algies brachiales de la ménopause qui nous ont paru typiques.

Ces algies, comme on a pu le voir précédemment, présentent des caractères très particuliers.

Elles siègent soit à un seul bras, ce qui est fréquent, soit aux deux bras, mais, alors, avec habituellement prédominance nette d'un côté, le plus souvent le droit.

Elles surviennent, en général, la nuit, pendant le sommeil, et réveillent les malades.

Elles affectent tous les degrés d'intensité ; assez souvent, elles sont pénibles, intolérables même, entraînant une insomnie pénible.

Elles sont à type de fourmillements, d'engourdissement siégeant dans une main ou dans les deux, pour

s'étendre ensuite dans le ou les bras, selon qu'il s'agit d'algies brachiales uni ou bilatérales.

Elles persistent plusieurs heures et ne s'atténuent bien souvent qu'au jour pour reprendre habituellement très marquées les nuits suivantes.

Leur durée est très variable, de quelques semaines à plusieurs années.

Ces douleurs ne sont, en général, que peu ou pas calmées par les analgésiques habituels. Elles ne sont pas exagérées par la toux, l'éternuement, les mouvements du membre atteint.

Dans certains cas, des frictions locales, l'exposition du bras à la chaleur atténuent nettement les phénomènes douloureux; parfois, au contraire, c'est l'éloignement de la chaleur du lit qui les soulage.

Très souvent, des positions particulières du membre en cause, et qui diffèrent d'une malade à l'autre, soulagent les algies : telle fléchit les bras et les rapproche du corps; telle autre laisse tomber les bras en dehors du lit, etc.

D'autres n'obtiennent une sédation des douleurs qu'en se levant et en se promenant.

Les mêmes manœuvres, bien souvent, doivent être renouvelées plusieurs fois dans la même nuit; le calme ne s'installe qu'avec le lever du jour.

Dans la journée, il n'est pas rare que la douleur réapparaisse à l'occasion d'un travail prolongé du membre algique, d'une attitude longtemps maintenue. La position verticale du membre supérieur, comme dans l'acte de se coiffer, est assez souvent incriminée.

De plus, il y a des malades qui éprouvent de la difficulté à mobiliser leurs mains au réveil.

Un gonflement des doigts, des mains (observations III, IV, V), coexiste très souvent avec les algies brachiales.

Ce gonflement apparaît ou a son maximum la nuit, comme les crises douloureuses (les mains sont gonflées, les doigts boudinés et le port des bagues devient assez souvent impossible), puis il diminue ou disparaît le matin.

Il ne s'agit pas là l'œdème; il n'y a pas de godet à la pression. C'est une infiltration tissulaire comparable à celle du myxoedème ou à l'infiltration graisseuse.

Signalons encore que dans quelques cas existent des modifications de coloration, de température locale des téguments au niveau des mains, des modifications oscillométriques en rapport avec une asymétrie thermique.

Comme on le voit, ces symptômes réalisent un syndrome qui offre de grandes analogies avec celui de l'acroparesthésie, tel qu'il a été décrit par Putnam en 1880, et nous rappelons la description tirée de la « Sémiologie des affections du système nerveux », du Professeur Déjérine : « L'acroparesthésie est un « trouble de la sensibilité caractérisé par une sensation de fourmillement des extrémités, siégeant « principalement aux mains. Cette affection s'observe de préférence chez les femmes. Elle compte « parmi ses caractères principaux de se présenter « d'une manière intermittente et de survenir par

« accès, généralement périodiques, revenant à la
« même heure chaque fois, chez les malades. Ces
« accès se produisent le plus souvent pendant la nuit
« et surviennent d'ordinaire pendant le sommeil.

« La douleur réveille le sujet et persiste plusieurs
« heures, souvent jusqu'au lendemain. Le fourmille-
« ment dont se plaignent les malades paraît être ana-
« logue à celui qui se produit lorsqu'un nerf est com-
« primé, ou à celui qui est la conséquence d'une
« impression de froid. Gallois (1898) le compare à la
« sensation qui se produit lorsqu'on réchauffe une
« main préalablement refroidie. Certains malades
« même signalent une sensation de doigts morts et
« en même temps, ils ont une sensation de gonfle-
« ment de la main et des doigts. Cette sensation de
« gonflement est, en réalité, bien plus subjective
« qu'objective. C'est presque toujours par les deux
« mains que débute le fourmillement et tantôt il y
« reste localisé, tantôt il remonte le long des bras. Il
« peut cependant avoir un début unilatéral pendant
« un temps plus ou moins long. D'autres fois, plus
« rarement, la douleur commence par d'autres ré-
« gions, bras, pieds, épaules, quelquefois même par la
« figure, le nez ou la langue.

« Dans les régions affectées, on constate un certain
« degré d'anesthésie, les malades sentent moins bien
« les objets qu'ils prennent dans leurs mains, de-
« viennent maladroits. Parfois même, on a signalé
« des crampes ou des états vagues de parésie. Dans
« certains cas, enfin, d'après Gallois, on pourrait
« constater des troubles vaso-moteurs. Il y a lieu, du

« reste, de faire remarquer que les accès d'acropa-
« resthésie étant le plus souvent nocturnes, l'obser-
« vation directe des malades ne se réalise pas sou-
« vent. La durée de cette affection est très variable.
« Gallois parle d'un cas ayant duré 26 ans. La gué-
« rison est du reste la règle et cette guérison s'effec-
« tue spontanément. Les récidives peuvent s'obser-
« ver. J'en ai, pour ma part, constaté un exemple
« très net après sept ans de guérison complète. »

« J'ai insisté, dans la thèse de mon élève Trom-
« berg (1905), sur ces symptômes subjectifs, ainsi
« que sur les troubles de la sensibilité objective qui
« les accompagnent le plus souvent et qui ont une
« topographie radiculaire (Pick, Déjérine et Egger),
« et je ne suis pas éloigné de croire que cette affec-
« tion est assez souvent la manifestation ébauchée
« d'une radiculite. »

On voit, par cette description que les symptômes
présentés par nos malades se rapprochent, par beau-
coup de leurs éléments, de l'acroparesthésie. D'ail-
leurs, selon notre maître, le docteur Thomas :
« L'acroparesthésie doit plutôt être considérée
« comme un syndrome que comme une affection au-
« tonome. C'est quelquefois à des désordres circula-
« toires, au refroidissement des extrémités, à des
« compressions vasculaires qu'il faut attribuer les
« sensations qui représentent l'élément capital du
« syndrome; des sensations semblables ne sont-elles
« pas accusées par des malades atteints de maladie
« de Raynaud, d'érythromélgie, où elles s'asso-
« cient, il est vrai, à des douleurs plus vives de brû-

« lure et de déchirement? Toutefois, dans ces di-
« verses affections, les troubles circulatoires conco-
« mitants se présentent avec une intensité et des ca-
« ractères qui permettent d'en dépister l'origine.

« L'acroparesthésie peut être encore réalisée par
« des lésions des nerfs, des plexus et des racines.
« C'est un syndrome qu'il n'est pas rare d'observer
« chez des sujets qui sont porteurs de côtes cervi-
« cales. C'est pourquoi il est indispensable de faire
« une radiographie de la colonne cervicale. Quand
« elle ne s'accompagne pas de signes d'une lésion
« organique, il n'est pas douteux que l'acroparesthé-
« sie ne trouve souvent son explication dans des
« troubles dus à la ménopause et c'est bien ainsi qu'il
« semble légitime d'interpréter le syndrome doulou-
« reux dont souffrent les malades de nos observa-
« tions. »

L'origine de la maladie s'éclaire par la constatation des perturbations des glandes endocrines; nous n'insisterons pas sur les signes concomitants, témoins de cette ménopause. Citons seulement, outre les perturbations des règles, les bouffées de chaleur, les sueurs
« nocturnes, les céphalées matinales, l'insomnie, les
« troubles du caractère, les troubles dyspeptiques,
« une asthénie généralisée.

Ce que nous tenons à signaler tout particulièrement dans « les algies brachiales de la ménopause », c'est l'absence de signe d'organicité à l'examen du système nerveux : aucune modification des réflexes, de la sensibilité, du tonus, de la force musculaire, absence de

toute douleur à la pression des téguments, des masses musculaires, des os.

Le seul signe objectif est l'infiltration tissulaire des mains et des doigts qui accompagne assez souvent ces algies.

Il faudra toujours compléter l'examen de ces malades par la prise de radiographies de la colonne cervicale qui, dans certains cas, montrent des apophyses transverses de C7 bien développées ou réellement hypertrophiées. Mais cette condition n'est pas indispensable ; d'autre part, il existe des variations très grandes dans le développement de cette apophyse et il est difficile de dire à quel moment commence une apophyse hypertrophiée!

EVOLUTION

L'évolution des algies brachiales de la ménopause est bénigne. En règle, les phénomènes douloureux s'atténuent ou disparaissent sous l'effet du traitement. Parfois même, ils s'amendent spontanément; mais alors la phase douloureuse dure souvent très longtemps et ne cesse parfois qu'avec la fin de la ménopause.

FORMES CLINIQUES

Selon le siège,

formes unilatérales qui nous paraissent les plus fréquentes, le bras droit en étant habituellement le siège; elles posent des problèmes diagnostiqués très difficiles parfois;

formes bilatérales, soit d'emblée, ce qui est rare, soit par prise successive des deux membres supérieurs. Toujours il y a prédominance d'un côté.

Selon l'intensité, existent tous les degrés depuis les formes légères où les algies sont si bien supportées que les malades ne viennent pas toujours consulter, jusqu'aux formes marquées où les algies très pénibles, parfois intolérables, entraînent une insomnie pénible et retentissent sur l'état général.

Selon l'évolution, tous les intermédiaires entre les formes qui ne durent que quelques semaines jusqu'à celles qui durent des années et ne cessent qu'avec la fin de la ménopause.

Selon les associations : insistons sur les formes relativement fréquentes où coexiste un gonflement d'une ou des deux mains. Ce gonflement, rappelons-le, n'est nullement de l'œdème, mais une infiltration tissulaire comparable à celle du myxoedème ou à l'infiltration graisseuse.

Selon les circonstances d'apparition :

Les algies brachiales de nos observations surviennent lors de la ménopause naturelle, ce terme étant pris dans le sens que nous avons défini au début. On peut en rapprocher celles qui surviennent après suppression accidentelle des règles, ménopause artificielle morbide, thérapeutique (rayons X par exemple).

L'observation suivante publiée par le Dr André Thomas, et qu'il nous permet de reproduire, nous semble présenter un double intérêt en ce que :

1° Elle permet de rapprocher des algies précédentes celles qui surviennent après castration chirurgicale ou médicale (rayons X, radium) ;

2° Elle paraît démontrer que si le dysfonctionnement ovarien n'est pas le seul facteur endocrinien responsable des troubles de la *ménopause naturelle*, et en particulier des algies brachiales qui nous intéressent, il doit en revendiquer cependant une large part.

Observation VIII

Mme X..., 30 ans, est suivie par le Dr André Thomas depuis le mois de mai 1928 pour syndrome algique des membres supérieurs, prédominant sur le côté gauche. « Les premières sensations sont apparues au mois de janvier 1928, débutant par le poignet, puis remontant vers le coude et

« l'épaule, sept mois après une hystérectomie totale
« nécessité par la présence d'un kyste de l'ovaire.

« Presque immédiatement après l'opération, se
« sont installés les troubles habituels de la carence
« ovarienne : les sueurs, les bouffées de chaleur, qui
« durent encore, bien qu'atténuées. A plusieurs re-
« prises, des ascensions thermiques brusques, jus-
« qu'à 40°, mais éphémères, ne durant pas plus d'une
« heure, se sont produites. A l'examen, les mains
« sont gonflées, la gauche beaucoup plus que la
« droite; le pli de la peau y est beaucoup plus épais,
« ainsi qu'au niveau de l'avant-bras et du bras, mais
« il ne s'agit pas d'œdème, nulle part le doigt ne s'y
« enfonce en laissant un godet.

« Le gonflement est en général moins marqué le
« matin, au dire de la malade, qu'à la fin de la jour-
« née; au réveil, la peau serait pâle, puis elle rougi-
« rait en même temps qu'elle enfle.

« Les mains ne sont guère cyanosées actuellement,
« mais la moindre pression fait facilement rougir le
« tégument, comme cela se voit d'ailleurs assez sou-
« vent sur certaines peaux adipeuses. La tempéra-
« ture n'y est pas abaissée; les mains qui étaient,
« paraît-il, plutôt froides avant l'opération, se sont
« réchauffées. La raie vaso-motrice est la même des
« deux côtés et ne s'accompagne pas d'érythème
« réflexe.

« Les douleurs sont assez mal définies; elles sont
« survenues deux mois après le gonflement. La peau
« est douloureuse à la pression au niveau de la main,
« de l'avant-bras, principalement dans le domaine

« de la branche cutanée externe du radial; la pression est encore pénible au niveau de l'apophyse styloïde du radius, mais la radiographie ne révèle pas la moindre anomalie.

« Les nerfs, le plexus brachial au niveau du creux sus-claviculaire, ne sont pas douloureux à la pression.

« Les mêmes sensations sont éprouvées au niveau du sein gauche; la peau y est notablement plus épaisse qu'au niveau du sein droit, le pli y est beaucoup plus large et la pression y est douloureuse. La glande n'est pas plus volumineuse que du côté droit.

« Le pincement, la pression du tégument sont encore très pénibles au niveau de la face antérieure de la jambe, mais à ce niveau la peau n'est pas infiltrée, les pieds ne sont pas enflés.

« La face est complètement respectée; les modifications du tégument sont survenues sur un terrain prédisposé; les mains ont toujours été un peu potelées, mais pas à ce degré. Les extrémités étaient souvent froides et cyanosées; cette malade était sujette aux engelures.

« L'examen du système nerveux ne révèle la présence d'aucun signe d'une lésion organique; les réflexes, la sensibilité, le tonus sont normaux. Le corps thyroïde est légèrement augmenté de volume. La pression artérielle est de 16-11. Les réactions de Bordet-Wassermann, de Hecht, sont négatives. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. Les sueurs sont abondantes.

« Dans les antécédents, on relève une pneumonie à
« 32 ans, une affection du genou de nature indéter-
« minée à 16 ans.

« Depuis le mois de mai 1928, la malade a été sou-
« mise à un traitement opothérapique (poudre
« d'ovaire et poudre de corps thyroïde). Tous les
« phénomènes d'ordre général se sont amendés, l'hy-
« peresthésie cutanée a beaucoup diminué, mais le
« gonflement n'a pas varié, la douleur provoquée par
« la pression du radius subsiste. »

DIAGNOSTIC

L'importance de l'évolution pour le diagnostic est à souligner : on voit des malades chez qui les douleurs apparaissant à peu près en même temps que les autres troubles ménopausiques vont disparaître avec eux.

Le diagnostic différentiel des algies brachiales de la ménopause se pose avec de nombreuses affections, étant donné la multiplicité et la fréquence des manifestations algiques de la femme au cours de cette période.

1. *Rhumatisme de la ménopause* : non pas dans ses formes typiques : hydarthrodiale, arthrite subaiguë, rhumatisme chronique déformant, mais dans les formes algiques où n'existe aucun signe d'inflammation locale, où l'articulation n'est ni rouge, ni chaude, ni tuméfiée. La localisation des douleurs, l'atrophie musculaire consécutive à ce rhumatisme, la radiographie feront en général aisément la discrimination.

2. *Cellulite de la ménopause* bien étudiée dans la thèse récente du Dr Madeleine Hirsch. Mais la palpation, qui est très douloureuse, fera le diagnostic.

3. *Douleurs osseuses et musculaires*, qui sont d'ailleurs le plus souvent consécutives à la castration ovarienne. Ces douleurs décrites dans la thèse de Dalsace, se caractérisent par l'extrême variabilité des

régions atteintes, la douleur très modérée des mouvements passifs s'opposant à la douleur spontanée ou à la pression des masses musculaires et des extrémités osseuses.

4. *Syndromes douloureux des extrémités supérieures* :

a) *Erythromélgie* : C'est une affection qui procède par accès et qui frappe les extrémités, donnant lieu à des crises douloureuses de gonflement des extrémités avec rougeur, chaleur et sueurs. Au moment des accès, les artères battent avec violence, les veines sont gonflées. Les crises se produisent surtout en été. Cette affection est d'ailleurs rare chez la femme.

b) *Maladie de Raynaud* : mais les caractères très spéciaux des crises, leur siège, leur symétrie, l'existence des phénomènes si caractéristiques d'asphyxie et de syncopes locales, permettent de l'éliminer.

Mais il existe des cas où il y a association d'algies brachiales de la ménopause et de maladie de Raynaud. L'asphyxie des extrémités apparaît souvent à cette période de la vie, localisée parfois dans un côté, dans quelques doigts.

5. *Doigt mort des brightiques*, mais il ne survient pas par crises régulières ; les signes du mal de Bright permettront de rattacher ce symptôme à sa véritable cause.

6. *Fourmillements de la main et des doigts*, précurseurs fréquents d'une attaque d'hémiplégie chez les artério-scléreux. Mais ils ne surviennent pas sous forme de crises nocturnes.

D'ailleurs il ne faut porter le diagnostic d'algies brachiales de la ménopause, *surtout dans ses formes unilatérales*, qu'avec une extrême prudence. Il faut s'attacher à rechercher l'existence d'une affection organique, et ce n'est qu'après avoir exclu la possibilité de celle-ci qu'on acceptera le diagnostic d'algies de la ménopause.

On conçoit donc que le diagnostic puisse être parfois très délicat; sans doute, les algies brachiales de la ménopause ont-elles pour caractère essentiel de réaliser un syndrome purement subjectif, sans aucun signe de lésion organique du système nerveux. Mais, d'autre part, des signes purement subjectifs peuvent précéder de très longtemps l'apparition des signes d'une affection organique du système nerveux, qu'il s'agisse d'une lésion du névraxe ou du système nerveux périphérique.

7. *Algies par malformation rachidienne* : côtes cervicales, hypertrophie des apophyses transverses, syndrome de Klippel Feil, spina bifida occulta, que des radiographies de la colonne cervicale permettront de révéler.

Le diagnostic des troubles dûs aux côtes cervicales ou à l'hypertrophie des apophyses transverses d'avec les algies brachiales de la ménopause, présente d'autant plus d'intérêt que dans plusieurs de nos observations on trouve notée la présence d'apophyses transverses développées ou réellement hypertrophiées. On verra plus loin les conséquences pathogéniques qu'il nous semble logique d'en tirer.

Nous voulons au préalable reproduire en la résu-

mant l'observation suivante du D^r Thomas, publiée dans la *Presse Médicale* du 16 mai 1931; elle montre en effet l'intrication de plusieurs facteurs chez une même malade et la difficulté diagnostique d'attribuer les troubles observés soit à des apophyses transverses de C7 très hypertrophiées, soit au syndrome des algies brachiales de la ménopause.

« Mme X..., âgée de 42 ans, s'est présentée pour la
« première fois à la consultation de l'hôpital Saint-
« Joseph, le 4 décembre 1928, à l'occasion d'un en-
« gourdissement douloureux de la main et de l'avant-
« bras droit, qui avait fait son apparition il y a cinq
« ou six ans, et qui s'est considérablement accentué
« depuis quelques mois.

« Au début, la malade ressentit des fourmillements
« désagréables dans toute la main, puis un engour-
« dissement tel qu'elle ne sentait plus les extrémités
« des doigts. Les sensations remontèrent ensuite sur
« l'avant-bras, presque à mi-hauteur du bras, prenant
« alors des caractères un peu différents : douleurs
« violentes, lancinantes, sensations de broiement, pro-
« cédant par crises qui reviennent avec quelque régu-
« larité et cèdent ou s'atténuent dans certaines con-
« ditions physiques ou mécaniques (bras pendants en
« dehors du lit, éloignement de la chaleur du lit).

« La main lui paraît souvent enflée, violette et
« froide et, de fait, elle est un peu plus grosse que
« la gauche. Le port de bagues est devenu impos-
« sible. La pression artérielle, examinée avec l'ap-
« pareil de Pachon, est la même sur les deux côtés,

« les oscillations sont légèrement plus amples à
« droite.

« L'examen du système nerveux ne révèle aucune
« anomalie. Le réflexe pilo-moteur apparaît avec la
« même intensité et la même rapidité sur les deux
« côtés.

« Le corps thyroïde n'est pas augmenté de volume.
« Depuis trois mois, les règles viennent irrégulière-
« ment, avec des avances et des retards.

« Tous les organes paraissent sains.

« Dans les antécédents, aucune maladie grave.
« Mariée, elle n'a eu qu'une fille, âgée de 27 ans, bien
« portante.

« En somme, syndrome qui ressemble tout à fait à
« celui des algies brachiales de la ménopause.

« A la suite d'un traitement opothérapique
« (ovaire, corps thyroïde), disparition des douleurs,
« qui s'est maintenue jusqu'au mois de juin 1929.
« A ce moment, elle est prise de métrorragies abon-
« dantes qui persistent pendant les mois d'août et
« septembre.

« Des séances de radiothérapie les arrêtent et
« depuis cette époque, les règles sont complètement
« supprimées.

« En même temps que les métrorragies, la malade
« avait ressenti quelques douleurs, localisées cette
« fois dans la main gauche; les douleurs du membre
« supérieur droit n'avaient pas reparu.

« Après l'application des rayons X, les douleurs
« de la main gauche subissent une recrudescence; la
« main enfle, surtout la nuit.

« Puis, les douleurs de la main droite réapparaissent, incomparablement moins vives qu'au début de la maladie et que celles éprouvées actuellement dans la main gauche.

« Les troubles subjectifs du côté gauche sont assez comparables à ceux observés sur la main droite lorsque la malade a été vue pour la première fois; mais il existe des symptômes d'un autre ordre.

« L'éminence thénar est aplatie sur son bord externe. Il existe une atrophie prononcée du court abducteur et de l'opposant. Les autres muscles sont intacts. Le court fléchissement du pouce est épargné. Aucune secousse fibrillaire. La réaction de dégénérescence existe sur les deux muscles atrophiés.

« La sensibilité objective est troublée.

« Légère hyperesthésie à la piqure, au tube chauffé, sensibilité tactile très diminuée, cercles de Weber très élargis, sensation de pression très diminuée, vibrations du diapason moins nettement perçues; la pression est douloureuse au niveau de l'éminence thénar, sur l'opposant et le court abducteur.

« La sueur est plus marquée sur la face palmaire des trois premiers doigts. Les oscillations artérielles sont un peu moins amples au poignet du côté gauche que du côté droit.

« Donc syndrome sensitivo-moteur localisé exclusivement dans le domaine du médian.

« Ici, vu l'absence de contractions fibrillaires et la nature des troubles de la sensibilité, il s'agit d'une

« paralysie radiculaire plutôt qu'une paralysie centrale ou myélopathique.

« Ce type d'atrophie est relativement fréquent dans les paralysies radiculaires occasionnées par la présence d'une côte cervicale ou par une apophyse transverse hypertrophiée.

« La Radiographie, faite récemment, a montré, à défaut de côte cervicale proprement dite, une apophyse transverse de la 7^e cervicale très volumineuse des deux côtés. »

Comment interpréter les accidents nerveux de cette malade?

Ceux du membre supérieur droit éprouvés en décembre 1928, soulagés par l'opothérapie, peuvent être considérés comme liés aux troubles ovariens.

Mais il n'en est plus de même du syndrome sensitivo-moteur de la main gauche. Le Dr Thomas n'a jamais rencontré pareil syndrome dans les algies de la ménopause et estime que la ménopause à elle seule ne peut produire semblable complication.

Certes, des facteurs multiples s'associent souvent dans la genèse des algies de la ménopause, et nous pensons qu'à côté du facteur endocrinien, des causes locales telles que apophyses transverses hypertrophiées peuvent jouer un rôle localisateur dans les algies brachiales.

Mais il paraît difficile d'attribuer le rôle principal ou exclusif à la carence ovarienne pour les troubles du côté gauche, et l'hypothèse qui rattache les accidents à l'existence d'une apophyse transverse hypertrophiée est plus séduisante.

PATHOGENIE

Comme l'a écrit notre maître le D^r Thomas :

« La pathogénie des algies de la ménopause est d'une interprétation difficile. L'exaltation de la sensibilité subjective et objective ne doit-elle pas être rapprochée des modifications de l'humeur, du caractère, de l'émotivité, de l'affectivité, de l'exaltation de la sensibilité morale?

« L'hypothèse d'une intoxication générale résultant de la suppression des fonctions ovariennes est séduisante; mais sans doute le mécanisme est-il plus complexe! Dans le bouleversement de l'âge critique, il serait excessif de ne mettre en cause que la suppression de la fonction ovarienne. Ne voit-on pas apparaître les mêmes troubles vers la cinquantaine chez des femmes qui ont subi encore jeunes une hystérectomie totale? Les accidents de l'âge critique ne sont donc pas imputables exclusivement à la disparition de la fonction ovarienne; il lui revient sans doute un rôle prédominant, mais d'autres perturbations glandulaires doivent intervenir.

On peut donc incriminer une intoxication donnant lieu à une susceptibilité spéciale des nerfs, ou bien encore les rendant plus sensibles à la pression.

« Mais la pathogénie devient encore plus complexe si l'on s'attache à l'étude des troubles plus localisés :

les algies, les infiltrations segmentaires du membre supérieur.

« Comment un processus d'ordre aussi général peut-il affecter avec une telle prédilection un ou deux bras ? Lorsque les douleurs sont soulagées par le traitement opothérapique on peut encore les considérer comme liées aux troubles ovariens ; toutefois, il faut toujours faire, même dans ce cas, une radiographie de la colonne cervicale qui bien souvent montre des apophyses transverses de C. 7 développées, ou des apophyses costiformes.

« Il n'est pas impossible, en effet, que la présence d'une apophyse costiforme ne puisse favoriser l'apparition des algies de la ménopause, ou bien encore que la présence des apophyses ne se révèle à cette occasion. L'anomalie osseuse a toujours existé ; elle remonte à la naissance, et il est vraisemblable que d'autres facteurs interviennent lorsqu'elle se manifeste cliniquement ; à côté d'actions mécaniques s'exerçant localement, des causes d'ordre général, telles que les infections, des intoxications ont été déjà incriminées. Il faut se rappeler également que si les côtes cervicales sont plus fréquentes chez la femme, le même sexe est plus exposé aux accidents nerveux produits par ces malformations. »

En résumé, les algies de la ménopause sont dues aux perturbations glandulaires, celles de l'ovaire jouant un rôle prédominant. La localisation brachiale est expliquée dans un certain nombre de cas par la présence d'apophyses cervicales transverses de C 7 anormalement développées.

Disons cependant que chez les individus normaux, l'existence d'apophyses transverses de C 7 développées et ne donnant lieu à aucun trouble est fréquente; que, d'autre part, il est difficile de dire à quel moment commence une apophyse hypertrophiée!

D'autres fois, il existe des bandes fibreuses réunissant les extrémités des apophyses transverses de C 7 aux premières côtes; elles sont naturellement invisibles à la Radiographie, mais de réalité incontestable comme l'ont montré des interventions chirurgicales; elles jouent le même rôle localisateur que les anomalies osseuses précédentes.

TRAITEMENT

Le traitement des algies brachiales de la ménopause découle très naturellement de leur pathogénie.

1° L'opothérapie ovarienne sera prescrite sous l'une de ses diverses formes (ovarine par ingestion, ou mieux injections, ocréine, hormovarine, etc.). Mais il y a lieu le plus souvent de lui associer d'autres préparations glandulaires : thyroïde, surrénales, hypophyse, selon les cas.

2° L'opothérapie étant assez souvent insuffisante pour calmer les algies, on y adjoindra avec profit la diathermie. Celle-ci, dans tous les cas où nous avons été amené à l'employer, a produit très rapidement une sédation des phénomènes douloureux. Nous avons fait à nos malades des séances diathermiques bi-hebdomadaires de dix minutes chaque fois. Les algies diminuent dès les premières séances que l'on continuera jusqu'à sédation absolue.

3° Dans les cas, rares croyons-nous, où les algies persisteraient, et où la radiographie de la colonne cervicale aurait montré une cause d'appel : côtes cervicales ou apophyses transverses hypertrophiées, il pourrait être légitime de penser à une intervention chirurgicale. Celle-ci consisterait en l'espèce dans la résection de l'apophyse hypertrophiée et la libération des racines quand elles sont engainées dans un **étui fibreux**.

CONCLUSIONS

1° Les algies brachiales de la ménopause réalisent un syndrome, qui s'apparente par plusieurs de ses éléments à l'acroparesthésie.

2° Ce sont des douleurs à type de fourmillements, d'engourdissement, particulièrement nettes au niveau des mains, soit unilatérales, soit bilatérales, mais habituellement avec prédominance d'un côté.

3° Elles surviennent en général la nuit, pendant le sommeil, et réveillent les malades. Elles persistent plusieurs heures et ne s'atténuent bien souvent qu'au jour pour reprendre avec toute leur acuité les nuits suivantes.

4° Elles sont assez souvent diminuées par des attitudes propres à chaque malade : bras pendants en dehors du lit, ou pliés et rapprochés du corps par exemple.

5° Elles s'accompagnent très souvent d'un gonflement réel des mains, des doigts, qui généralement disparaît ou diminue le matin.

6° L'examen du système nerveux ne révèle la présence d'aucun signe de lésion organique. C'est un syndrome purement subjectif.

7° Les troubles pluri-glandulaires de la ménopause

jouent le rôle essentiel dans leur pathogénie ; mais la localisation, dans un certain nombre de cas, peut être expliquée par la présence d'apophyses transverses de C 7 hypertrophiées.

8° Le traitement consiste en opothérapie pluri-glandulaire, variable selon les malades. Il sera souvent nécessaire d'y adjoindre pour calmer ces algies : diathermie et autres agents physiothérapiques.

Vu :

Le Doyen :

BALTHAZARD.

Le Président de Thèse :

GUILLAIN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE.

- E. BARIÉ. — Etude sur la ménopause (*Thèse agrég. Paris, 1877*).
- CECIL et ARCHER. — Arthritis of the menopause, a study of fifty cases (*J. Am. Med. Ass. Chicago, 1925, LXXXIV, p. 75*).
- G. COTTE. — Les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme. Etude physiologique, clinique et thérapeutique (1 vol. Paris, Masson, 1928).
- P. DALCHÉ. — La Ménopause chirurgicale (*Progr. méd., 1921*).
- P. DALCHÉ. — Troubles osseux et articulaires d'origine génitale chez la femme (*La Gynécologie, 1903, tome VIII*).
- DALÉAS. — Accidents tardifs de la castration ovarienne et ménopause physiologique (*Th. Toulouse, 1922*).
- JEAN DALSACE. — Douleurs osseuses et musculaires consécutives à la castration ovarienne (*Journ. Méd. Franç., mars 1928*).
- JEAN DALSACE. — Castration ovarienne et troubles du métabolisme minéral (*Thèse Paris, 1926*).
- JEAN DALSACE et O. GUILLAUMIN. — De certaines algies de la ménopause. Essai pathogénique et thérapeutique (*Gynécologie et Obstétrique, janv. 1927*).
- P. FERRY. — Conséquences physiologiques de l'ablation des ovaires chez la femme (*Thèse Lyon, 1907*).
- E. GELMA. — Les troubles nerveux-psychopathiques de la ménopause (*Prat. méd. franç., Paris, 1920-1921*).
- M. HIRSCH. — Douleurs cellulitiques et ménopause (*Thèse Paris, 1928*).

- R. LERICHE. — Traitement de certaines douleurs osseuses et musculaires consécutives à la castration (*Journ. de méd. de Lyon*, janv. 1925).
- R. PORAK. — Les syndromes endocriniens (*Biblioth. des Grands Syndromes*, Paris, 1924).
- E. STOEBER. — Rhumatisme ovarien (*Thèse Paris*, 1929).
- ANDRÉ THOMAS. — Algie brachiale de la ménopause (*La Presse Médicale*, 13 juillet 1929).
- ANDRÉ THOMAS. — Algies de la ménopause, atrophie de l'éminence thénar et apophyses costiformes de la 7^e vertèbre cervicale (*La Presse Médicale*, 16 mai 1931).
- ANDRÉ THOMAS. — Troubles nerveux et circulatoires causés par les côtes cervicales (*Congrès des aliénistes et neurologistes*, Besançon, 2-7 août 1923).
- H. VIGNES. — Physiologie gynécologique et médecine des femmes.
- H. VIGNES. — Les ménopauses (*Revue intern. de méd. et de chir.*, sept. 1925).
- VINAY. — La ménopause (*Masson, Paris*).
- M. P. WEIL. — Le rhumatisme de la ménopause (*Bruxelles médical*, 14 octobre 1926).
- M. P. WEIL. — Le rhumatisme de la ménopause (*Journ. méd. franç.*, Paris, XVII, mars 1928).

